新型コロナウイルス感染症関連問診票

２０２０．５．２０

病院名：

患者名：　　様　　記載日　　年　　月　　日

以下のあてはまる方に〇をつけてください。

１．　体調について（14 日以内）

発熱（３７．０℃以上）	あり　・　なし
咳	あり　・　なし
痰	あり　・　なし
呼吸苦（息苦しさ）	あり　・　なし
倦怠感（体のだるさ）	あり　・　なし
味やにおいを感じない	あり　・　なし
下痢・嘔吐	あり　・　なし
「あり」の場合　いつからですか？	月　　日　～

２．移動・滞在について（14 日以内）

海外への渡航・滞在		あり　・　なし
福島県外への移動・滞在		あり　・　なし
「あり」の場合	国・都道府県・市町村名	
	期　間	

３．濃厚接触した方について（14 日以内）

海外への渡航・滞在歴のある方との同居・濃厚接触		あり　・　なし
福島県外への移動・滞在歴のある方との同居・濃厚接触		あり　・　なし
「あり」の場合	国・都道府県・市町村名	
	期　間	

※転院当日の朝、当院宛てに FAX（024-934-1070）をお願い致します。

ご協力ありがとうございました。　　郡山市医療介護病院